



процессов между сухожилием и окружающими тканями, а также возможное улучшение качества регенерата в области шва. Недостатками ранее существующей методики, связанной с установкой и фиксацией тefлоновой пленки, являющихся длительные нахождения инкорпорированного имплантата и технические затруднения при его установке. Предлагаемая нами методика с использованием

электретных имплантатов устраняет указанные недостатки. Электретный имплантат (в т. ч. состава Ta_2O_5), так же как и тefлоновый, обладает инертностью по отношению к тканям. Дополнительное свойство электретного имплантата — оптимизация процессов тендогенеза — делает предлагаемую методику достаточно привлекательной для практического применения.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК [616.34-007.43-031:611.957]-031.12-08

Е.И.Брехов, Ю.П.Грибунов, И.Г.Репин, Г.В.Житников — О частоте и причинах формирования миофасциальных дефектов после люмботомии.

По данным литературы, частота возникновения послеоперационных грыж после оперативных вмешательств из срединного лапаротомного доступа составляет 5–14%. После аппендэктомии, выполненной из доступа в подвздошной области, — в 0,6–6% случаев; после подреберного доступа, применяемого в основном в хирургии печени и желчевыводящих путей, миофасциальные дефекты формируются у 4,8–31,3% пациентов. Но наиболее травматичным доступом является люмботомия в связи с длиной и характером разреза. При применении данного доступа нередко бывает образование различных послеоперационных миофасциальных дефектов: как истинных, так и невропатических послеоперационных грыж. Однако исчерпывающей информации о частоте формирования миофасциальных дефектов после люмботомии в доступной литературе в настоящее время нет. Чаще люмботомия применяется в урологии.

Мы провели исследование с целью уточнения частоты и причин развития миофасциальных дефектов у 104 пациентов, перенесших различные операции на почках и мочеточниках в зависимости от доступа в условиях урологического отделения в 1998–2006 гг. Из них 88 (84,6%) человек оперированы из люмботомического доступа, 5 (4,8%) — из межмышечных доступов и 11 (10,6%) — из лапароскопического доступа. Всем было проведено комплексное обследование, включавшее опрос, осмотр, анкетирование. У больных, оперированных из межмышечных или лапароскопического доступа, послеоперационных грыж не выявлено.

Всем оперированным из люмботомического доступа выполнено анкетирование; из них 63 (71,6%) опрошены и физикально осмотрены. Была выявлена асимметрия живота у 40 (45,5%) пациентов, его слабо выраженная асимметрия — у 12 (13,6%), умеренно выраженная — у 21 (23,9%), выра-

женная — у 7 (8%). При оценке размеров выпячивания в области перенесенной операции у 27 (30,7%) больных найдены грыжи средних размеров, а сами пациенты, согласно данным анкет, сравнивали размеры выпячивания с дыней небольшого размера, либо апельсином, у 8 (9,1%) выявлены миофасциальные дефекты огромных размеров.

Относительно сроков появления указанных патологических изменений 97,7% больных отметили появление асимметрии живота либо грыжевого выпячивания в течение первого года после операции, лишь 1 пациент отметил, что у него грыжа выявлена хирургом поликлиники при плановом осмотре спустя 2 года после перенесенной операции. Из больных с миофасциальными дефектами 37,2% отметили, что не способны выполнять привычный им физический труд, и связывали это с наличием грыжевого выпячивания после люмботомии. При выяснении возможных причин грыжеобразования получены следующие данные: 2 (4,8%) пациентов указали на наличие нагноения послеоперационной раны, 1 (2,4%) отметил, что имели место лигатурные свищи, 4 (9,5%) больных (все продолжали работать) связывали появление грыж с неадекватным тяжелым физическим трудом, обусловленным их профессиональной деятельностью.

На основании обследования получены следующие данные: различные миофасциальные дефекты после люмботомии выявлены у 48,9% пациентов, при этом истинные послеоперационные грыжи были у 35,3% больных, невропатические грыжи — у 13,6%.

Таким образом, высокая частота (48,9%) формирования послеоперационных миофасциальных дефектов при применении люмботомических доступов подтверждает высокую травматичность последних. Большая травматичность классических «открытых» оперативных доступов в урологии, приводящих не только к длительной реабилитации



больных в послеоперационный период, но порой и к инвалидизации в связи с частым развитием послеоперационных миофасциальных дефектов, достигающих порой гигантских размеров, диктует необходимость более

интенсивного внедрения в урологическую практику альтернативных люмботомии и менее травматичных оперативных доступов: трансабдоминальных, межмышечных, лапароскопических, ретроперитонеоскопических.

© И.А.СКВОРЦОВ, А.А.СУРКОВ, 2009
УДК 617.741-77

И.А.Скворцов, А.А.Сурков – Разработка методики имплантации типовых заднекамерных моделей искусственных хрусталиков глаза с шовной фиксацией к лимбу.

Нами разработана методика лимбальной интракорнеальной шовной фиксации гаптических или оптических элементов *искусственных хрусталиков глаза* – ИХГ (патенты на изобретения РФ № 2214808 и № 2214809 от 27.10.2003 г.) для заднекамерной имплантации различных типовых стандартных моделей ИХГ при повреждении капсульного мешка с выпадением стекловидного тела для офтальмологических отделений с различным уровнем технического оснащения операций.

Техника операции

Анестезия: эпibuльбарно – трехкратная инстиляция 1% раствора дикаина с интервалом 1 мин, ретробульбарно – 3 мл 2% раствора лидокаина.

Проводится тоннельный разрез роговицы в зоне верхнего лимба длиной от 4 до 6 мм в зависимости от способа удаления катаракты (факоэмульсификация или фако-секция) и от модели ИХГ (гибкая или жесткая). При появлении осложнения (выпадение стекловидного тела) выполняется передняя витрэктомия. Затем проводится второй тоннельный разрез лимба в меридиане 6 ч длиной 3 мм.

Инъекционной иглой 23 калибра выполняется периферическая иридотомия (прокол) в меридианах 6 и 12 ч (или иридэктомия ножницами).

В стандартной отечественной модели ИХГ (заднекамерная модель Т-26 С.Н.Федорова или ее модификации) фиксируем двумя узловыми швами (полипропилен 10–0) наружный край кольцевидной петли, имеющейся на противоположных сторонах гаптической части ИХГ, или фиксируем полипропиленом 10–0 (тройным узлом) середину обеих частей S-образной гаптики твердых или гибких моделей ИХГ. Через нижний лимбальный разрез и базальную колобому в радужке в заднюю камеру под радужку вводится изогнутая канюля 23 калибра, проводится через зрачок и выводится в верхний лимбальный разрез, где в торцевое отверстие канюли вставляются фиксированная ранее к гаптке ИХГ микроигла с полипропиленовой нитью 10–0 примерно наполовину дли-

ны иглы, т. е. на 2,5–3 мм, и свободный конец фиксирующей нити, и затем канюля вместе с иглой выводится наружу через нижний лимбальный разрез роговицы. Иглой прокалываем изнутри кнаружи заднюю роговичную губу лимбальной раны на уровне задней трети и выводим фиксирующую нить в рану, т. е. фиксирующий узел будет находиться внутри роговичной раны.

Фиксация ИХГ к верхнему разрезу лимба (12 ч) проводится следующим образом. Приоткрывается рана лимба, пинцетом подтягивается к ране верхний край расширенного зрачка, иглу с нитью иглодержателем проводим через зрачок под радужку, выводим в базальную колобому радужки, прокалываем роговицу на уровне нижней трети задней губы лимбальной раны и выводим фиксирующую нить в рану. После этого обе нити вытягиваются наружу в разрезы лимба, в переднюю камеру вводится пузырек воздуха для профилактики выпадения стекловидного тела в камеру, ИХГ имплантируем в заднюю камеру, постепенно подтягивая фиксирующие нити, вводим в глаз физиологический раствор до нормализации глазного давления, окончательно подтягиваем в лимбальные разрезы полипропиленовые нити, чтобы ИХГ был надежно фиксирован и центрирован в задней камере, и по очереди завязываем нити на узлы, которые оказываются в глубине лимбальной раны и поэтому становятся не видны при сшивании или самостоятельной адаптации краев лимбальных разрезов и не мешают герметизации раны.

Далее накладываем один узловой шов на рану нижнего лимба и один-два шва на рану верхнего лимба. Пузырек воздуха из передней камеры можно аспирировать или же оставить в камере, где он через 1–2 сут после операции рассосется.

Второй способ фиксации отличается тем, что нити проводятся в два технологических отверстия оптики, которые имеются у многих моделей ИХГ. Искусственный хрусталик имплантируется в заднюю камеру и затем подшивается в противоположных меридианах лимба.

Вместо изогнутой канюли 23 калибра мы также с успехом применяли торцевой пин-